Lane Medical Library

Ueber somnambule Zustände im Anschluss an Epilepsie und verwandte Störungen.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 12. Februar 1873

VON

Philipp Hümmerich

aus Münster.

OPPONENTEN:

Hans Bärensprung, Dr. med.
Ludw. Edler, Dr. med.
Conrad Benda, Dr. med.
Paul Gielen, Dd. med.

BERLIN.

GEDRUCKT BEI M. NIETHE.

Zu einer Zeit, als die diagnostischen Hilfsmittel noch auf eine ähnliche Vollkommenheit keinen Anspruch machten, wie sie es heute wohl können, durfte es nicht verwundern, wenn man mit einem Namen, der dem hervorragendsten Symptom entlehnt war, einen Krankheitsbegriff schuf, der sich im Laufe der Zeiten vielfach differenziren musste. So kam es, dass z. B. unter dem Namen Typhus zwei so grundverschiedene Processe gehen, wie der Ileotyphus und das Fleckfieber, denen im Wesentlichen nichts gemein ist, ausser dem Fieber, und dem Symptom, welches der Name betont.

Wenn hierin der Grund einer mangelhaften Nomenclatur liegt, so muss andererseits hervorgehoben werden, dass auch durch die Schuld Einzelner verschiedene Krankheitsbilder mit demselben Namen belegt wurden. Hierhin gehört die Verwirrung, welche betreffs der Begriffe Lepra und Elephantiasis geherrscht hat und noch herrscht.

Einem Symptomencomplex auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten ist es ähnlich ergangen, und zwar dem, welcher unter dem Namen Somnambulismus zusammen gefasst wird.

Es waren schon in früher Zeit Zustände bekannt, welche meist anfallsweise auftreten und worin das betroffene Individuum Handlungen begeht, die den Anschein des Bewussten tragen, deren sich aber das Individ. nachher, wenigstens für gewöhnlich, nicht zu erinnern vermochte. Diese Zustände, welche man richtig als traumartig auffasste, benannte man auch demgemäss als „Traumwandeln", „Schlafwandeln", oder „Somnambulismus".

Bei diesem Begriff blieb es eine Zeit lang, bis mit der Entdeckung, — oder Erfindung? — jener dunklen Kraft, die ihr Erzeuger als thierischen Magnetismus bezeichnete, eine neue Aera des Somnambulismus geschaffen wurde. Man ging nun von dem Begriff des „Schlafwandelns" ab und dachte sich unter dem Namen einen (natürlich durch den thierischen Magnetismus erzeugten) Zustand, in welchem ein Individuum „ausser Relation" mit der Aussenwelt, aber „in Relation" mit der Welt des Uebernatürlichen, des Gewesenen und Werdenden sich befinden sollte. Was von diesen Zuständen überhaupt zu halten sei, darüber ist das Urtheil gesprochen.

Mesmer selbst scheint sich mit dem Somnambulismus wenig beschäftigt zu haben und hat vielmehr die Lehre hiervon französischerseits ihren Anstoss erhalten. In einigen Punkten kam es sogar zu erheblichen Differenzen zwischen der Mesmer'schen Lehre und dem besonders von Puységur in Strassburg gepflegten Somnambulismus.

Kehren wir zu unserem Begriff von Somnambulismus zurück. Es wird manchmal schwer sein, die Grenze zu ziehen zwischen somnambulen Zuständen und anderen geistigen Störungen. Treten aber Zustände derart — unbewusste Handlungen, die den Anschein des Bewussten

tragen, — anfallsweise auf, so dass der Kranke sich in der Zwischenzeit relativ frei befindet, so können sie wohl mit Recht unter den Begriff des Somnambulimus subsumirt werden.

Es scheint, als gäbe es zwei Arten des Somnambulismus: 1. einen Zustand, in welchem Individuen weiter keine Störung zeigen als dass sie z. B. Nachts ihre Lagerstätte verlassen, umhergehen, vielleicht auch dies und jenes treiben, wenn auch nicht, wie der Volksmund will, mit Vorliebe gefährliche und halsbrecherische Dinge unternehmen. Aus diesem Zustand können sie durch Anrufen und andere äussere Einwirkungen erweckt werden. — Wahrscheinlich ist das Reden im Schlafe ein geringerer Grad dieses Leidens. — Fälle derart kommen unzweifelhaft vor. Ob aber das Umherwandeln dabei die einzige krankhafte Erscheinung ist, bleibt dahingestellt. In der Regel wird sich auch eine weitere Beeinträchtigung des Centralnervensystems nachweisen lassen.

Die 2., unstreitig wichtigere und interessantere Gruppe von hierhergehörigen Erscheinungen findet sich im Anschluss an andere Nervenkrankheiten, und zwar besonders: Chorea Germanorum und Epilepsie.

Die Chorea German. s. major zeichnet sich aus durch paroxysmenweise auftretende Zufälle mit klonischen und tonischen Krämpfen der willkührlichen Muskeln, Trieb zu unfreiwilligen Handlungen, Störungen des Bewusstseins, der Sensibilität und der intellectuellen Kräfte, mangelnde Erinnerung des Geschehenen.

Auch spastische Affectionen innerer Organe scheinen vorzukommen: Würgen, Seufzen, Stöhnen. Die Phantasie ist erregt: Scheinwahrnehmungen meist furchterregender, seltener erheiternder Art. Die Kranken werden dadurch

veranlasst, sich für andere zu halten und in anderen Verhältnissen zu wähnen, und verhalten sich demgemäss.

Aeussere Einwirkungen können die Phantasie beeinflussen (glaubt im Wasser zu sein, wenn er mit Wasser bespritzt wird), Gedächtniss und Intelligenz auch dem entsprechend verändert, meist verringert. Doch soll auch gerade das Gedächtniss eine Steigerung während des Anfalls erfahren können. Häufig bleibt die Fähigkeit zweckmässiger Handlungen, sowie das Schamgefühl erhalten.

In diesen Modificationen des geistigen Lebens ist die Möglichkeit zu ekstatischen und somnambulen Zuständen unmittelbar gegeben.

Bei der Betrachtung der Epilepsie war man auf eine Form dieser Krankheit aufmerksam geworden, bei welcher die krampfhaften Zustände mehr in den Hintergrund treten, resp. ganz fehlen. Diese „epilepsia minor, petit mal", charakterisirt sich durch einen kürzeren oder längeren Verlust des Bewusstseins und der normalen geistigen Functionen, während die letzteren andererseits nicht ganz aufgehoben zu sein brauchen, sondern in perverser Weise vorhanden sein können, so dass Délasiauve die Epilepsie wohl als traduction extérieure des petit mal bezeichnen durfte. Gewisse körperliche Functionen, z. B. die Fähigkeit zu willkührlichen Bewegungen und das Gleichgewichtsgefühl können dabei erhalten sein. — Wille und Empfindung können während des Anfalls bestehen, aber in einem Grade, der den normalen nicht erreicht; der Kranke weiss nicht, wo er sich befindet, noch wer um ihn ist. Er ist schwer von Begriff, gedrückten Gemüths, misstrauisch. —

Die Erinnerung des Geschehenen fehlt nach dem Anfall.

Man weiss schon lange, dass Leute in ihrer „Absence“ Handlungen begehen, die den Anschein des Bewussten tragen, deren sie sich nachher nicht erinnern.

Ich führe das Beispiel jenes englischen Officiers an, der plötzlich seine Truppe verlässt, im Galop davonsprengt, und es wird gezeigt werden, dass ähnliche Zustände öfter vorkommen.

Einen Fall von Traumwandeln im Anschluss von Epilepsie hatte ich im Sommer 1872 auf der Nervenklinik des Prof. Westphal zu beobachten Gelegenheit, und der Güte des genannten Herrn verdanke ich die Erlaubniss, einige andere, auf seiner Abtheilung in der Charité beobachtete hierher gehörige Fälle zu veröffentlichen.

I. E. W., 14 Jahr alt, Gymnasiast, wurde, wegen des folgenden in Anfällen auftretenden Zustandes, am 14. 3. 72 auf die Nervenklinik aufgenommen.

Er glaubt, Don Quixote zu sein, und geberdet sich vollkommen wie jener wackere Edelmann. Er befiehlt einem imaginären Sancho, seine Rüstung zu bringen, gesticulirt lebhaft, wie um ein Pferd zu besteigen und redet ganz in der Weise jenes Ritters —

Solche Anfälle wurden an jedem der ersten vier Tage seines Aufenthaltes in der Charité beobachtet, darunter zwei von den Aerzten selbst. In einem derselben bot Patient den Anblick eines in Zuckungen liegenden; der sich nähernde Arzt erhielt einen Schlag in's Gesicht.

In den freien Intervallen war das Sensorium klar, Pat. ziemlich verständig.

Aus dem 4ten Anfall konnte Pat. durch mehrere Eimer kalten Wassers erweckt werden. Kalte Uebergiessungen und Abreibungen wurden denn auch fortgesetzt und die Anfälle kehrten auch nicht wieder.

Die Anamnese ergab: Keine hereditäre Disposition zu Nervenkrankheiten. Nur die Mutter leidet seit drei Jahren an Zuckungen um die Augen herum und muss sich setzen, wenn dieselben auftreten. Pat. selbst hatte vor 6 Jahren die Masern und nach Aussage seiner Umgebung schon früher im Schlafe geredet. Seit er in die Schule ging, bemerkte er, dass er schlecht auswendig lernte, besonders am Abend. Kurz vor Weihnachten 71 begannen Anfälle der oben beschriebenen Art aufzutreten. Pat. erhob sich im Schlafe, glaubte irgendwo zu sein, wohin ihn seine Phantasie versetzte und womit sich vorher sein Ideengang beschäftigt hatte (Lectüre des Don Quixote). Durch äussere Einwirkungen wurde er dabei insofern beeinflusst, als er, mit Wssser besprengt, im Wasser zu sein glaubte. Seit wenigen Wochen sollen solche Anfälle von krampfhaften Verziehungen des Gesichts begleitet gewesen sein. Zungenbisse erfolgten nie.

Der Fall kann zweifellos als Chorea major aufgefasst werden:

Krampfhafte Zufälle, wenn auch zurücktretend; Steigerung der Phantasie, ekstatischer Zustand; unzweifelhaft Verlust des Bewusstseins (Misshandlung des Arztes!) und fehlende Erinnerung des Geschehenen. Man wird ihn lieber als Chorea, denn als epileptiformen Zustand betrachten, eben wegen der grossen Lebhaftigkeit des Kranken im Anfall, des Gesticulirens und Redens.

Es fällt nicht schwer, in der Geschichte des Veitstanzes eine ganze Reihe ähnlicher Fälle aufzufinden; so

z. B., dass ein Knabe in seinem Paroxysmus die Manipulation macht, wie zum Spielen musikalischer Instrumente, oder sich gerirte, als wäre er auf der Jagd, die Musik dazu macht und die Bewegung des Ablederns und Ausweidens. Allerdings traten in den meisten dieser Fälle convulsivische Bewegungen intensiverer Art hinzu und man könnte wegen der Milde derselben in unserem Falle an seiner Berechtigung, zum grossen Veitstanz gerechnet zu werden, zweifeln. Andererseits aber wusste man, dass die somatischen Symptome sehr in den Hiutergrund treten können, und man nahm sogar ein reciproques Verhältniss zwischen beiden, — den somatischen und psychischen Symptomen — an, derart, dass sogar bei einem und demselben Individuum die Intensität der einen auf Kosten der andern sich ändern könne, wenn etwa das Individuum viel schreit, oder in einen ekstatischen Zustand geräth.

Zu den somnambülen Zuständen darf der Fall nach der oben gegebenen Definition wohl ohne weiteres gerechnet werden.

II. A. M., Dienstmädchen, 18 Jahr alt, wurde am 21. 3. 70 zur Nervenklinik verlegt. Sie stammte aus gesunder Familie, in welcher Disposition zu Nervenkrankheiten nur insofern vorhanden ist, als die Mutter an halbseitigen Kopfschmerzen leidet, während histerische Zufälle fehlen. Die Geschwister sind sämmtlich gesund.

Mit 16 Jahren wurde Pat. zum 1. Mal und seitdem ziemlich regelmässig menstruirt, zum letzten Male Mitte Februar 70. Am Morgen des betreffenden Tages fühlte sie sich vollkommen wohl, besorgte auch am Nachmittag ihre Geschäfte, soll aber dabei schon einige falsche Bestellungen gemacht haben. Von auswärts zurück-

gekehrt, wurde sie bei ihrer Arbeit, — Scheuern in einer feuchten Küche — von einem Gefühl von Hitze im Kopf und Schwindel befallen, welches sie nöthigte, sich niederzusetzen. Sie muss dann alsbald das Bewusstsein verloren haben und lag nun ohne Besinnung 7 Stunden lang. Von Krämpfen dabei keine Spur. Seitdem aber wiederholten sich täglich und nächtlich vollkommen ausgebildete epileptische Anfälle mit Convulsionen und Schaum vor dem Munde. Zungenbisse erfolgten dabei nie. In den Zwischenräumen zwischen den Anfällen litt Pat. an Kopfschmerzen und Vergesslichkeit. Ausserdem waren von Störungen des Allgemeinbefindens Leibschmerzen, und in der ersten Zeit Erbrechen vorhanden.

Von den beobachteten Anfällen gingen einige mit vollständigem Bewusstseinsverlust einher, — andere verliefen unter dem Bilde einer vertigo epileptica.

Eines Tages sank Pat. mitten in der Unterhaltung vom Stuhl, ohne einen Laut von sich zu geben. Das Bewusstsein war vollständig erloschen, von Zuckungen nur fibrilläre im orbicular. palpebr. vorhanden, und kein Schaum vor dem Munde.

Augenlider und Mund fest geschlossen. Die Sensibilität war erloschen, zum mindesten hochgradig herabgesetzt. Reflexerregbarkeit zeigte sich nur auf der cornea in geringerem Grade erhalten. Pupillen mittelweit, auf Lichtreiz gut reagirend. Die passive Beugung der Extremitäten ist leicht, die Streckung stösst auf Widerstand. — Die Respiration ist ruhig, der Puls beschleunigt.

So lag Pat. steif und unbeweglich 7 Stunden lang. Als man da den Arm hob und über die Horizontale brachte, löste sich die Starrheit wie mit einem Ruck.

Pat. athmete tief auf. Die Pulsfrequenz sank von 124 auf 80. Pat. war anfangs über ihre Umgebung im unklaren, kam dann zu sich und schlief später ruhig ein.

In der Nacht verliess sie, nach Aussage der Wärterin, das Bett, ging in die Stube hinein und musste zurückgeführt werden. Dabei soll sie unverständliche Worte gemurmelt haben.

Am anderen Morgen hatte Pat. keine Erinnerung des Geschehenen, war übrigens bei freiem Sensorium. Sie klagte dabei über Schmerzen im linken Knie bei Bewegungen. Die Umgebung desselben zeigt sich schmerzhaft, ebenso passive Bewegungen. Active Bewegungen in der linken Unterextremität werden nur nach energischer Aufforderung ausgeführt. Die Empfindung für Nadelstiche, kalt und warm, Druck, zeigt sich am l. Fuss und Unterschenkel bis zur Höhe der tuberos. tibiae in der ganzen Peripherie des Gliedes absolut erloschen, von da an aufwärts, und am ganzen übrigen Körper, vollkommen normal. Ebenso verhielt es sich mit der electrocutanen Sensibilität, welche nur in der Nähe der Tuberos. tibiae, nach unten hin ganz erlöschend, erhalten war.

Pat. ist im übrigen gut gebaut und genährt, auch ohne Beschwerden, zeitweise Kopfschmerzen ausgenommen. Die Kopfhaut ist etwas empfindlich. Keine Abnormität im Bereiche der Hirnnerven vorhanden, keine Hallucinationen.

Von abnormen Sensationen nur zeitweises Ameisenkriechen in den Fingern, Wirbelsäule nirgends empfindlich, wohl aber die linke Rumpfhälfte von der 5. — 9. Rippe.

Mit dem Eintritt der Menses trat eine Exacerbation

der Schmerzen im l. Bein ein; ebenso stellt sich Urinverhaltung ein (wie schon öfter!).

Gehversuche ergaben, dass Pat. fähig ist, das l. Bein zu bewegen, aber dabei Schmerzen empfindet, die im Kniegelenk sitzen und von da zur Hüfte aufsteigen. Druck, sowie Erheben von Hautfalten, wird schmerzhaft empfunden, auch schon leise Berührungen unangenehm. Die Hyperaesthesie besteht in geringem Grade auf der ganzen l. Seite, ein Zustand, der besonders des Abends auftreten soll. Die motorische Kraft und Ausdauer nach dem subjectiven Gefühl, — auch objectiv —, ist links geringer. Im Bein besteht das Gefühl von Schwere.

Am 6. 4. 70. Abends trat ein kurzer, ohnmachtartiger Anfall ein mit theilweiser Erhaltung der Sensibilität und Reflexerregbarkeit (Pupillarreaction). Der Anfall war hervorgerufen durch Gedanken über ihren Zustand, und gefolgt von Kopfschmerz und gesteigerter Schmerzhaftigkeit des l. Beins. Der Anfall wiederholte sich am nächsten Tage, und am folgenden Tage hat Pat. die Erscheinung schwarzer Männer, die sie so ängstigt, dass sie um Hülfe schreit. Das Bewusstsein war dabei erloschen, Pat. wusste nicht, wo sie sich befand.

Die Anfälle blieben dann aus und es liess sich unterdessen eine Besserung der Sensibilität der l. unteren Extremität constatiren. Pat. fing auch an, spontan umherzugehen. Dabei blieb nur der Mangel der Reflexbewegungen auffallend, selbst vom Oberschenkel aus, wo doch die Sensibilität ganz gut erhalten war. —

Nach etwa 3 Wochen trat ein neuer ohnmachtartiger Anfall auf. Pat. liegt wieder wie schlafend da; Puls 116, regelmässig. Keine Reaction auf Anrufen. Reizung der cornea erregt nur leichtes Blinzeln der Augen.

Nach längerer Zeit erwacht Pat., kommt zu sich, und es zeigt sich, dass sie in der Zeit zurück ist.

Die Sensibilität der vorher anästhetischen Körperstellen besserte sich erheblich, war nach mehreren Tagen bereits für Nadelstiche gut vorhanden. Feinere Reize: Fingerberührungen, Anschlagen, Kitzeln, werden noch nicht percipirt. Fussrücken und Sohle empfinden auch Nadelstiche nur dumpf, nicht schmerzhaft. — Temperaturunterschiede werden links schlecht wahrgenommen, Pat. fühlt ihr linkes Bein kälter als das rechte (objectiv nichts derart.)

Beim Gehen benimmt sich Pat. mit dem l. Bein etwas ungeschickt, nicht aus Schmerz, sondern „weil ihr das Bein zu schwer sei."

Nachdem Pat. längere Zeit hindurch beschwerdefrei gewesen war, trat am 11. 5. ein Anfall mit Bewusstseinsverlust nach physischer Erregung auf. Sie fiel vom Stuhl, bekam Zuckungen in Armen und Beinen, — war aber unmittelbar darauf wieder vollkommen vernünftig.

Am nächsten Morgen fand man sie wie schlafend im Bett. Dann und wann ein leises Auf- und Abzucken der Augenlider, Puls 126, Resp. 44, regelmässig. Vollkommene Resolution der Glieder. Sensibilität entschieden herabgesetzt. Reflexbewegungen werden nur an den empfindlichsten Körperstellen (Fingerspitzen, Fusssohlen) ausgelöst, am l. Fuss gar nicht. Beim Oeffnen der Augen leistet Pat. Widerstand. Pupillen mittelweit, sehr gut reagirend, Abdomen aufgetrieben, Blase gefüllt, Blutspuren am Hemde weisen auf das Vorhandensein der Menses hin.

Nach dem Erwachen (um die Mittagszeit) klagt Pat. über Kopfschmerzen. Die Anästhesie des l. Unterschenkels ist wieder deutlich vorhanden und eine

solche der linken Oberextremität von der Schulter bis zur Hand hinzugetreten. Linker Oberschenkel, — Rumpfhälfte und Hand sind für Nadelstiche empfindlich.

Schon seit dem letzten Fall vom Stuhl hatte Pat. öfter über Schmerzen im l. Arm geklagt, ohne dass Beweglichkeitsbeschränkung dagewesen wäre.

Eines Morgens, bald darauf, erwachte sie mit dem Gefühl, als sei der Arm gelähmt. Die Schmerzen in demselben bestanden fort, von der Schulter nach der Hand ausstrahlend. Nach Aussage der Mitpatientinnen war Nachts ein Anfall dagewesen mit krampfhaften Zuckungen, wobei Pat. (auch mit dem l. Arm?) gegen verschiedene Gegenstände angeschlagen haben soll.

Die active Beweglichkeit in Schulter- und Ellenbogengelenk ist aufgehoben, passive Bewegungen sind schmerzhaft. Nur bei aller Kraftanspannung sinkt der erhobene Arm etwas langsamer herab.

Active Bewegungen in den Hand- und Fingergelenken werden nur etwas langsamer und kraftloser ausgeführt: schmerzhaft sind sie ebensowenig, wie passive.

In den nächsten Tagen traten bei freiem Sensorium mehrfach Anfälle von Dyspnöe mit frequenter Respiration ohne Cyanose auf. Dabei bestand das Gefühl von Zusammenschnürung im Halse, von der Brust aufsteigend. Synchron mit der Respiration zuckende Bewegungen im rechten Arm. — Eine objective Grundlage dieser Anfälle fehlte. Die Anfälle kehrten später nicht wieder.

Die Besserung der Sensibilität der l. Körperhälfte, besonders des Unterschenkels, war in der nächsten Zeit recht erheblich. Auch die active Beweglichkeit im Ellenbogengelenk nahm zu, während die Schmerzhaftigkeit geringer wurde.

Nachdem Pat. fast einen Monat sich wohl befunden hatte, bekam sie eines Tages ziemlich plötzlich Kopfschmerzen, verlor die Besinnung und musste zu Bett gebracht werden. Nach einem kurzen Schlaf trat folgender Zustand ein.

Pat. will aus dem Bett, ihre Kleider anziehen und fortgehen. Sie befindet sich in vollkommener Unkenntniss ihrer Umgebung und kratzt fortwährend an einer zufälligen Wunde auf der Backe. Puls- und Resp.-Frequenz erheblich gesteigert. Nachts: Schlaf, nur von kurzer Unruhe unterbrochen.

Am nächsten Tage: dasselbe Schauspiel. Pat. verkennt ihre Umgebung, will fort, — aus dem Fenster. Nach einer Dosis Chloralhydrat wird sie ruhiger und verfällt in tiefen Schlaf. — Pupillen eng, wenig reagirend; Sensibilität theilweise erhalten. —

Die Untersuchung ergiebt, dass Pat. ihre Menses hat.

Nachmittag erwacht Pat., will aus dem Bett, spricht unverständliches Zeug und zeigt eine Neigung, nach glänzenden Gegenständen zu greifen.

Nach einem lauwarmen Bade wird sie wieder ruhiger, erkennt ihren Arzt wieder, meint jedoch, er sähe ganz anders aus. Sie wähnt, er habe sie zu Hause besucht, ladet ihn ein, sich zu ihr auf's Sopha zu setzen; sagt, es wäre nicht schön in der Charité, da müsse man zu lange bleiben. Jetzt wäre alles gut, nur der l. Fuss wolle noch nicht recht fort.

Am nächsten Tage dauert derselbe Zustand noch fort. Auch heute Neigung, verschiedenes zu ergreifen und zu zerstören. Sie glaubt im Garten zu sein. Einen zufälligen Besucher auf der Abtheilung hält sie für ihren Herrn. Erst am Abend erkennt sie auch wieder den

Arzt, den sie am Morgen nicht kannte, — und einige Kranke, während sie andern, die sie sonst ganz gut kannte, nicht erkennt. Dabei immerzu Kratzbewegungen an der linken Wange: „weil die Mücken stechen."

Der linke Unterschenkel ist anästhetisch. Bei Nadelstichen am linken Fuss und Knie werden dieselben unwillkührlich zurückgezogen.

Die folgende Nacht brachte sie im Bette zu, theils schlafend, theils allerlei verlangend. Mit Scheere und Messer wollte sie ihre Zöpfe abschneiden („die Bänder will ich abschneiden"); einmal stand sie auch auf, um sich vom Tisch die Scheere zu holen. —

Am nächsten Morgen beim Anziehen benahm sie sich sehr ungeschickt, riss zum Theil ihre Sachen entzwei, so dass sie angezogen werden musste. Zum Kaffeetrinken aufgefordert, meint sie, sie habe schon getrunken, — eine Antwort, die sie bei ähnlichen Aufforderungen stets geben soll.

Bald ist sie kindisch heiter, bald fixirt sie anhaltend einen Gegenstand. Bald motorische Unruhe, bald Versunkensein in irgend welche Anschauung. Eine Blume ergreift und zerpflückt sie, ohne ein Wort zu sprechen; die Nähte an ihren Kleidern trennt sie auf, hat Neigung, Fäden auszuziehen u. dgl. Beim Versuch, etwas an ihren Kleidern auszubessern, schneidet sie neben der Nath, weil sie die Fäden abschneiden müsse. Als man ihr auf ihren Wunsch Strickzeug giebt, strickt sie richtig, während sie Tags zuvor die Stöcke auszog.

Auf Einwürfe achtet sie nicht, höchstens lässt sie ein kurzes „ja, ja," „nein, nein", hören, Ein zusammenhängendes Gespräch lässt sich mit ihr gar nicht führen, weil sie bald keine Notiz von Fragen nimmt,

bloss lächelt, oder „hm“ antwortet. Zuweilen wird sie heftig bei Widerspruch gegen ihre Behauptungen.

Die Namen der anwesenden Aerzte nennt sie, wenigstens nach einem die Scene unterbrechenden kurzen Schlafe, richtig; ihre Umgebung betrachtet sie mit erstaunten Blicken. Eine Wärterin hält sie für ihre Schwester und wähnt sich zu Hause. Vorgelegte Gegenstände werden oft unrichtig bezeichnet, auch manche nach ihrem Werthe und Zweck nicht erkannt.

Lesen will sie nicht können, auch vergessen haben, wie alt sie sei, erklärt aber nach wiederholten Fragen: 18 Jahre.

Auf die Frage, ob es Sommer oder Winter sei, antwortet sie einfach: „ja“; nachher: „es seien ja schon Blumen draussen.“

Gegen einzelne Personen bezeigt sie Abneigung, ohne dass sie vorher solche zu haben schien.

Dem Versuch, die Röcke hochzuheben, leistete sie energischen Widerstand.

Ihre Bedürfnisse hat sie in der richtigen Weise besorgt, ist zum Closet gewesen. Gewaschen hat sie sich nicht selbst, auch nicht allein Nahrung zu sich genommen.

Im Laufe des Tages erhob sich P. von ihrem Stuhl, ging in ein anderes Zimmer, um ihre Schuhe zu suchen. Sie findet dort die Wärterin, sagt zu ihr: „Bist du schon wieder hier, mach', dass du fort kommst,“ und will sie hinaus werfen. Sie ging dann nach dem Fenster und machte Miene hinauszuspringen. Daran gehindert leistet sie heftigen Widerstand, — der letzte Versuch wiederholte sich noch mehrere Male und wurde Pat. deshalb behufs besserer Ueberwachung zur Krampfstation verlegt.

Dort dauerte der Zustand fast unverändert fort. Erst am 7. Tage wurde Pat. etwas klarer, hatte aber vollkommen die Erinnerung des Geschehenen verloren. Zugleich ist das Gefühl von Nadelstichen im Kreuz aufgetreten. Heftige Kopfschmerzen dauern fort.

Von nun an werden die Anfälle häufiger: Sie versinkt in einen schlafähnlichen Zustand, reagirt nicht auf Anrufen. Dann treten triebartige Handlungen: Herumlaufen, Kratzen auf der Backe, Faden- und Charpiezupfen auf. Dabei ist sie in ganz derselben Weise verwirrt wie früher, kennt manchmal den Arzt, manchmal nicht, verwechselt Personen und Gegenstände. Dabei hat sie manchmal die Erinnerung von Factis, welche während des Anfalls geschehen, während die Erinnerung des Anfalls und des, was mit ihr vorgegangen ist, fehlt.

Wenn sie zu sich kommt, was meist ziemlich plötzlich geschieht (z. B. während der Unterhaltung), so benimmt sie sich wie aus einem Schlafe erwacht, — nachdenklich, — dabei etwas ängstlich.

In einem ihrer Anfälle benahm sich Pat. so ungeberdig, schimpfte, antwortete auf Fragen und Anreden mit Schimpfworten der verschiedensten Art. Sie zerriss Kleidungsstücke, schlug Fensterscheiben ein und musste isolirt werden. Das Auftreten von Zwerchfellskrämpfen, die von heftigen Singultus begleitet waren, machte die Narcose nöthig. Die Krämpfe hielten 2 Tage an; das Bewusstsein kehrte unterdessen wieder.

Auch die Abhängigkeit der Anfälle von den menses documentirte sich in gewissem Grade weiter.

Die Anfälle selbst zeigten sonst wenig Modification. Einmal war Pat. mehr ausgelassen und heiter, muthwillig, zu Spässen aufgelegt, ein andermal trübe, mürrisch, zänkisch. Zu anderen Zeiten trat der Trieb zu

gewaltsamen Handlungen, heftiger Körperbewegung, auch Zerstörungswuth, mehr in den Vordergrund. Eine Zeit lang verlangte sie sehr stark nach ihrer Entlassung: „sie sei im Gefängniss.“

Die Stelle an der Backe, wo sich Pat. zu kratzen pflegte, war zu einer Narbe geworden, welche excidirt wurde.

Die Dauer der traumartigen Zustände erstrekte sich manchmal über eine Reihe von Tagen. Es schienen sich auch Hallucinationen hinzuzugesellen, welche indess bald wieder schwanden.

Die Vorstellung, die Pat. selbst von ihrem Zustande hatte, geht aus der Unterhaltung und einem Briefe hervor, den sie an ihre Mutter schrieb. Dass sie hier in der Charité sei, sei so wunderbar; sie glaubt nicht krank zu sein; es sei, als ob der Teufel mit ihr sein Spiel, — sie aus einer Ecke in die andere triebe. Dass sie die Freimaurer-Loge betreten, sei an allem Schuld; wäre sie vor 2 Jahren nicht hineingegangen, so wäre sie nicht krank. Die Freimaurer seien scheussliche Menschen, die andere bezaubern könnten. — Ihr komme alles, ihr ganzes Leben hier in der Charité, wie ein Traum vor, sie könne anfangen, was sie wolle, sie sinke immer tiefer, gehe immer mehr zu Grunde. Der Professor und die Aerzte müssten alle zaubern können. Wen sie gesund machen wollten, den machten sie gesund.

In Bezug auf das weitere Schicksal der Kranken sei erwähnt, dass die traumartigen Zustände allmählich etwas seltener wurden; es blieben indess mancherlei andere Beschwerden zurück: Kopfschmerz, Kreuzschmerz, Schwindelgefühl, schlechter Schlaf.

Um noch einmal kurz uns den Krankheitsverlauf

vorzuführen, so sehen wir bei einem scheinbar sonst gesunden Individuum nach einem Anfalle von Bewusstlosigkeit epileptiforme Anfälle auftreten. Die Anfälle von Bewusstlosigkeit vergesellschaften sich mit Zuständen, in denen Pat. Handlungen ausführt, redet, ohne eine Erinnerung davon zu haben, ebensowenig wie das Bewusstsein in den Zuständen vorhanden ist. Die Zustände müssen als somnambul oder traumartig bezeichnet werden und das ganze Krankheitsbild ist nach dem Charakter der einzelnen Anfälle und der hinzutretenden Sensibilitäts-Störung als Hystero-Epilepsie aufzufassen.

III. M. W. Dienstmädchen, 29 Jahr alt, wurde am 19. Juni 1872 zur Nervenstation verlegt. Sie war ursprünglich zur syphilitischen Station gekommen und hatte dort eine spezifische Kur durchgemacht. Im Juni abortirte sie, und bald nach der Entbindung traten die demnächst zu beschreibenden traumartigen Zustände ein.

Pat. verliess Nachts das Bett, kauerte sich in irgend einen Winkel, den sie sich manchmal selbst (z. B. durch Abrücken einer Kommode,) präparirt; auch auf dem Closet wurde sie gefunden. — Andere Male geht sie mit wirrem Auge und Haar gesticulirend durch das Zimmer, mit Vorliebe nach helleren Stellen des Saals (Fenster, Licht). Auf Befragen erklärt sie, sie höre die Stimme ihrer Mutter, die sie zu sich riefe.

Aufgefordert geht sie ruhig, aber scheinbar ungern in ihr Bett zurück. Wenn man mit ihr am nächsten Tage davon spricht, so weint sie, ohne zu wissen warum. Die Erinnerung des Geschehenen fehlt. Pat. erklärt auf Befragen, dass ihr meist in der Nacht, zeitweilig aber auch am Tage, plötzlich sehr heiss würde, und sie dann nicht mehr wüsste, was sie thäte. Ihre Mutter (welche übrigens todt ist), sieht sie auch zuweilen am

Tage. Dieselbe sieht sehr schön aus, hat ihr (der Pat.) Kind auf dem Arm, welches aussieht wie ein Engel und ein weisses Hemdchen anhat.

Neulich befand sich Pat. in einem grossen Saal; da waren viele Sopha's und da schliefen viele Leute und da war auch ihre Mutter, die hatte einen grossen Krug in der Hand, um ihre Thränen zu sammeln.

Ausser diesen Hallucationen hat Pat. auch Erscheinungen schreckhafter Art, so z. B. einen schwarzen Mann, der sie holen will.

In einer Nacht verliess Pat. den Saal und ging in den Garten, wo die Wärterin sie nur schwer fand und zurückbrachte. Es wurde deshalb ihre Verlegung nach der Krampfstation bewerkstelligt, wo eine genauere Ueberwachung und Beobachtung möglich war.

Anamnetisch ergab sich mit ziemlicher Sicherheit, dass Pat. bis zum 19. Jahre vollkommen gesund war. Zu dieser Zeit stürzte sie beim Fensterpoliren 3 Stock hoch herunter, ob aus Angst oder Schwindelgefühl, oder weil das Fensterkreuz ausbrach, ist nicht zu eruiren.

Vorher will sie an Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Bewusstlosigkeit oder Krämpfen nie gelitten haben.

Nach dem Falle lag sie angeblich $^3/_4$ Jahr lang; 11 Wochen will sie gar nicht gesprochen haben und scheint währenddem ganz bewusstlos, die übrige Zeit im Kopf benommen gewesen zu sein.

Von Verletzungen erlitt sie bei dem Sturz eine Fractur des linken Oberarms, eine Verletzung der linken patella, sowie eine Verrenkung des linken Schlüsselbeins oder der linken Schulter.

Nach dem Aufstehen vom Krankenlager scheint sie wiederholt Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt zu haben:

„ihre Herrschaft habe sie nicht am Ofen gelassen, weil ihr ein Unglück passiren könne“. Die Anfälle kamen anfangs fast täglich, wurden dann (nach Arznei) seltener.

Traumartige Zustände existirten damals noch nicht.

Eingeleitet wurden die Anfälle durch dieselbe aura, wie die jetzigen; auch das Gefühl von Hämmern an der bestimmten Stelle des Kopfes bestand schon.

Das Gedächtniss hatte dabei gelitten, sie war etwas kurz von Gedanken.

3 Jahre nach dem Sturz wurde Pat. vom Typhus befallen und nach demselben sollen die Anfälle ganz fortgeblieben sein. Im Kopfe fühlte sie sich aber doch nicht ganz in Ordnung. —

Die traumartigen Zustände bestehen erst seit der Entbindung. —

Pat. sitzt meist vor sich hinbrütend da, oder geht träumerisch auf und ab. Zuweilen arbeitet sie, wird aber bald wieder zerstreut, so dass sie die Arbeit niederlegen muss und in Hinbrüten verfällt.

Nach Aussage der Wärterin beschäftigt sie sich zuweilen eifrig und kann dabei recht munter sein. Wenn sie sich selbst überlassen bleibt, sollen leicht ihre Anfälle eintreten. —

Wenn sie spricht, blickt sie starr zur Seite. Der Gesichtsausdruck hat etwas stupides; ihre Art zu sprechen ist eigenthümlich, eine Art kindliches und dabei weinerliches Pathos zu nennen. Die Augen schwimmen dabei fast stets in Thränen.

Der Kopf, besonders das Hinterhaupt ist sehr breit, die Stirn ebenfalls breit; tubera deutlich prominent. Näthe durchzufühlen. — Auf dem Scheitel, gerade dem sogenannten Wirtel ist eine circumscripte, etwa 5gro-

schengrosse Stelle, wo Anklopfen eine schmerzhafte Empfindung im Innern des Kopfes bewirkt. Druck daselbst, Ziehen an den Haaren, Nadelstiche sind besonders schmerzhaft, im Gegensatz zu allen anderen Stellen des behaarten Kopfes.

Bei heftigem, plötzlichem Drehen des Kopfes nach der rechten Seite will sie heftige Schmerzen in der linken Hals- und Supraclavicular-Gegend spüren, der nach der linken Gesichts- und Kopfhälfte hin ausstrahlt. — Man kann durch passive Drehungen derart diesen Schmerz hervorbringen. Auch Druck auf den vorderen Rand des linken cucullaris und die linke Fossa supraclaric. ist erheblich schmerzhaft. — Rechterseits nichts derart. Objectiv ist ebensowenig etwas vorhanden, wie auf dem Scheitel.

Die Augenbewegungen sind frei, die Pupillen eng, gleich gut reagirend. Am Rande der cornea arcus senilis. (?)

Die Zunge wird gerade herausgestreckt, etwas zitternd. — Uvula etwas nach Links verzogen.

Hals kurz. — Keine Struma.

In den inneren Organen nichts abnormes.

Uterus etwas anteflectirt. Der Muttermund zeigt Einrisse, lässt den Finger passiren. — Vagina weit; mässiger Fluor. — Aussere Schamtheile nicht verändert. — Pat. spricht von einem blutigen Ausflusse aus den Genitalien; es ist jedoch nichts davon zu constatiren.

Die Sensibilität scheint besonders im Gesicht etwas herabgesetzt.

Pat. erschrickt zuweilen und fährt zusammen; auf Befragen antwortet sie: „ihre liebe Mutter sei bei ihr, angethan mit einem blauen Kleide und einem Myrthenkranz auf dem Kopf; sie sei auch Nachts bei ihr.“

Auf die Frage, wo ihre Mutter sei: „im Himmel.“

In der nächsten Zeit (1%) machte Pat. auf dem Closet einen Versuch, sich zu erdrosseln, indem sie sich eine Schnur von ihrem Kleide um den Hals legte. Sie stellte diese Thatsache nachher weinend in ihrer gewöhnlichen Weise in Abrede. Dabei zeigte sie Neigung, sich zu isoliren und spricht nie spontan. Sie beschäftigt sich wieder meist anhaltend; zuweilen reisst sie sich die Haare aus, sagend: sie müsste es thun, — sie müssten alle herunter.

Daneben werden öfter Anfälle folgender Art beobachtet, — einer während des Krankenexamens. Pat. blickt nämlich plötzlich dabei starr nach links; ihre Augen füllen sich mit Thränen. Auf wiederholtes Schütteln, Anrufen und Fragen nach dem Grunde sagt sie, das sie sich vor dem Examinator fürchte, weil er sie nicht herauslasse (aus der Anstalt), — ihr etwas thun wolle. — Sodann beginnt eine Reihe automatischer Bewegungen. Sie fühlt sich mit den Händen nach dem Scheitel, reisst ein Büschel Haare aus der Gegend der schmerzhaften Stelle, läuft schnell nach dem Fenster und fährt nun in derselben Weise fort, dass sie theils sich leicht in die Hände spuckt, die Haare damit glatt streicht, dann sich wieder ein Büschel Haare ausreisst, es zusammen dreht, auch wohl gar in den Busen steckt, an den Händen riecht, wobei sie oft „pfui, pfui“ sagt, den Kopf schüttelt, nickende Bewegungen macht, als spräche sie mit sich selber, — dann wieder ruhig dasitzt, mit den Händen ab und zu manipulirt, die Augen oft nach links gewandt. — Auf Anrufen reagirt sie nicht, fährt aber zurück bei plötzlichem fingirtem Stoss gegen die Augen, verzieht das Gesicht schmerzhaft bei Stichen, besonders an der schmerzhaften Stelle, fährt

auch wohl dabei zurück, aber ohne ein Wort zu äussern. Nach einiger Zeit zeigt sich, als man sie anredet, dass sie wieder bei sich ist und nicht weiss, wie sie auf den Platz am Fenster gekommen ist (ähnlich wie in einem analogen Anfall, wo sie auch am Fenster zu sich kam).

Vom Anfall selbst hat sie kein Bewusstsein, sie spürt nur, dass es heiss von links herauf käme. Dann weiss sie nichts mehr. — Druck auf die schmerzhafte Stelle am Scheitel und der linken Halsgegend löst weder diese Anfälle, noch Gefühl von Schwarzwerden vor den Augen oder Schwindel aus.

Von der Objectivität der Erscheinung ihrer Mutter ist Pat. vollkommen überzeugt. Auf Einwürfe sucht sie mit Aufbietung vieler Gründe zu entgegnen und ist in ihrer Ueberzeugung nicht wankend zu machen, spricht davon in gehobener Stimmung.

Die beschriebenen Anfälle fanden fast täglich statt, und traten besonders ein, wenn Pat. unbeschäftigt vor sich hinbrütete. Nach Anwendung der Douche wurden sie eine Zeit lang etwas seltener, um dann wieder täglich, zuweilen mehrmals am Tage aufzutreten. Die Kälte scheint ihr angenehm zu sein, denn sie läuft spontan zur Wasserleitung und hält den Kopf darunter, weil es ihr darin hämmere.

Manchmal redete sie in ihren Anfällen in Reimen:

„Fort muss ich, fort
Von diesem rauhen Ort;
Hier muss ich leiden Angst und Pein,
Bei meiner lieben Mutter will ich sein."

Dann riecht sie an ihren Händen, reibt sie, springt plötzlich auf und läuft nach einer dunklen Ecke, wo sie sich niederkauert*).

*) In einem solchen Anfall schrieb sie folgenden Brief:

Das Ausreissen der Haare setzte Pat. in ihren Anfällen noch fort, auch andere mechanische Einwirkungen auf ihren Scheitel, z. B. Reiben am Bett, versuchte sie. Zuweilen macht sie Gesten, als ob sich etwas drehe, „ich weiss selbst nicht."

Einige Male gingen die Anfälle mit opisthotonus einher. —

Die Reime hatten meist den Inhalt von Angst und Pein, — Mutter und Kind, ihrem gegenwärtigen Aufenthaltsort und trugen zum Theil den Anschein des Zusammenhängenden. Später kam eine neue Gestalt darin vor:

„Da kommt der grosse Wütherich mit einem langen Stock und jagt mich fort von diesem Ort.

Eines Tages lief sie nach der Zelle, warf die Thür hinter sich zu, schlang sich die Haare um den Hals und ein Strumpfband darüber. Dann sitzt sie im Bett, zerreisst ein Zeitungsblatt in ganz kleine Stücke, obige Verse vor sich hinmurmelnd. Gegen Ende des Anfalls weint sie dicke Thränen, spricht vom Wütherich mit dem langen Stock. Allmählich treten tiefe Respirationen

---

(Original etwas unorthographisch.)

„Geliebte Schwestern! Aus der traurigen, unglücklichen, öden, von aller Welt verlassenen Ferne schicke ich den Brief dort auf jene Strasse, wo schöne Blumen stehen, wo mich meine Mutter mit meinem lieben Kinde verlassen hat. Dort will ich wieder hin. Meine Gedanken sind zerrüttet; warum bin ich von meinem Kinde gerissen? Denkt Euch, wie unglücklich ich bin. Meine Augen sind voll Thränen, und mein Herz ist mir so schwer; ach wenn ich doch erst bei meiner guten Mutter und meinem lieben Kinde wär.

Nun schliesse ich — grosse Raubvögel, Gazelle und Antilopen, Büffel, Haus u. s. w. lebet wohl."

ein. Pat. reagirt auf Anreden, klagt über ihren Kopf. Bevor das Bewusstsein eintrat, beroch sie ihre Hände, strich sich über den Kopf, schnürte sich die Haare um den Hals. Auch in den nächsten Tagen traten ähnliche Anfälle auf. Pat. begann ängstlich und unruhig zu werden, lief umher, versteckte sich in irgend welche Winkel, immer dabei Reime murmelnd, den Wütherich zum Inhalt.

Während des Anfalls erfolgten auf intensive Hautreize nur sehr schwache Reflexe. Nach dem Anfall hat sie Kopfschmerzen, aber keine Erinnerung des Geschehenen. —

Zu eben dieser Zeit wurde man auf eine andere Reihe von Erscheinungen aufmerksam, die es wahrscheinlich machten, dass Pat. ausser den beschriebenen noch an anderen Anfällen von Bewusstlosigkeit leidet, die kürzer andauern und am Anfang deren Pat. den Trieb empfindet, sich zu isoliren. So fand man sie auf dem Closet versteckt, einen Bindfaden fest um den Hals geschnürt. Als sie darauf aufmerksam gemacht wurde, weinte sie, behauptete aber, nichts davon gewusst zu haben. — Sie giebt an, dass es ihr zuweilen sehr heiss würde; sie wird dann ängstlich und ärgerlich und sucht sich zu isoliren. Häufig bekommt sie Brausen auf dem rechten Ohr und Drehen auf dem Scheitel, und dann wisse sie nichts weiter. Ihre Mutter hätte sie in letzter Zeit nicht gesehen; sie sei ihr nur bei der Entbindung erschienen und sie habe nachher noch manchmal von ihr geträumt.

Zur Zeit der Menses trat ein Bewusstseinsverlust mit stark verminderter Reflexerregbarkeit auf, der mehrere Stunden dauerte und nicht wiederkehrte.

Im übrigen dauern die Anfälle von Angst und trieb-

artigen Handlungen fort, in derselben Weise wie bisher.

Wir haben es hier unzweifelhaft mit einer Person zu thun, welche, bis zu ihrem 19. Lebensjahre vollkommen gesund, an epileptischen Zuständen zu leiden beginnt. Die Ursache des Auftretens derselben darf wohl in jenem Sturz aus dem Fenster gesucht werden.

Solche Fälle sind ja nicht so selten, wo Individuen in Folge irgend einer Verletzung, besonders, wenn dieselbe am Kopfe stattfand, epileptisch werden; ähnlich wie Thiere, (Meerschweinchen,) denen man derbe Schläge auf das Hinterhaupt beigebracht, in epileptiforme Krämpfe verfallen, wenn man innerhalb der Zône épileptogène einen Insult (Kneifen, Stechen etc.) ausübt (Westphal.) Dass unsere Pat. sich bei ihrem Sturz den Kopf nicht aufgeschlagen haben sollte, ist schwer denkbar, obwohl sie von einer Verletzung an demselben nicht spricht, auch keine Spuren einer solchen objectiv nachweisbar sind. Die schmerzhafte Stelle auf dem Scheitel spielt nicht, wenigstens jetzt nicht mehr, die Rolle einer Zône épileptogène; denn es können keine Anfälle irgend welcher Art von hier aus hervorgerufen werden, ebensowenig wie von der Stelle am Halse aus.

Bis zur Entbindung scheinen rein epileptische Anfälle stattgefunden zu haben, seit dem Typhus überhaupt keine. Während der Entbindung will Pat. dann die Erscheinung ihrer Mutter gehabt haben und seitdem traten Hallucinationen auf, die zuerst ihre Mutter und ihr Kind betrafen und sich auf den Gesichts- und Gehörssinn anfangs zu beschränken schienen; später traten auch Hallucinationen des Geruchssinnes hinzu (das Riechen an den Händen. Gestank „nach dem alten Schinderich".)

Nebenher gehen dann die traumartigen Zustände, von denen Pat. nichts weiss, und die im obigen ausführlicher geschildert sind, sowie scheinbar auch andere Anfälle von Bewusstlosigkeit; die Hallucinationen hielt sie wenigstens eine Zeit lang für objectiv wahrgenommenes, reelles.

Wenn wir den somnambulen Zustand noch einer Analyse unterwerfen wollen, so sehen wir, dass in einem bewusstlosen Intervall eine Reihe automatischer, unzweckmässiger Handlungen begangen werden. Pat. rauft sich die Haare, macht allerlei mit ihren Händen und an ihrem Kopf. Die psychischen Functionen ruhen unterdessen scheinbar ganz. Nur die Perception des hellen ist erhalten und das Schmerzgefühl theilweise. Von Ekstase ist ebensowenig etwas vorhanden, wie von einem Wahn. Nur ausserhalb des Anfalls compliciren Wahnideen den Zustand.

In wie weit der einige Male zu Tage getretene Trieb zum Selbstmord dem Anfall, inwieweit der offenbar vorhandenen psychischen Störung angehört, darüber lässt sich nichts bestimmtes sagen. Jedenfalls bildet er keinen wesentlichen Theil des sonst ziemlich typisch wiederkehrenden Anfalls.

Dass es manchmal schwer ist, den somnambulen Zustand fest zu stellen, gilt nicht blos für die schweren Fälle, wo es sich um die Grenze des Begriffs gegenüber einer dauernden psychischen Störung handelt, sondern noch viel mehr für die leichteren, ohne intensivere sonstige Störungen verlaufenden, besonders die im petit mal auftretenden. Dass solche Zustände leicht Gegenstand einer gerichtlichen Fragestellung werden können, liegt auf der Hand. Ich habe jenes englichen Officiers schon Erwähnung gethan, und werde nur noch kurz einen Fall

citiren, dessen Herr Prof. Westphal in seiner Klinik Erwähnung that. Derselbe betrifft einen Zollbeamten, der gerichtlich belangt wurde, weil er öfter vor Individuen weiblichen Geschlechts seinen Penis entblösste. Die Untersuchung ergab, dass der Fall zur Epilepsia minor zu zählen sei. Aehnliche Fälle sind nicht allzuselten, und der Gerichtsarzt wird mit der Beurtheilung derselben stets behutsam vorgehen müssen.

Die Zustände von scheinbar reinem Somnambulismus müssen auch vorsichtig beurtheilt werden. In der Regel wird man sie nach genauer Prüfung unter eine grössere Gruppe von Nervenkrankheiten subsumiren dürfen. Das frühere Bestehen von Nervenleiden wird stets berücksichtigt werden müssen. Dasselbe kann, — wie im letzten Falle, — als solches erloschen sein, und doch wird man nicht anstehen dürfen, den traumartigen Zustand als einen modificirten epileptischen anzusprechen.

Schliesslich ergreife ich die Gelegenheit, Herrn Prof. Dr. Westphal, sowie seinem Assistenten Herrn Dr. Bernhardt, für die grosse Bereitwilligkeit, mit der sie mir das Material zu der vorliegenden Arbeit zur Verfügung stellten, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

THESEN.

1. Bei der Behandlung des Trachoms darf man nicht zu früh mit dem Touchiren der Conjunctiven vorgehen.
2. Die Einführung alcoholischer Getränke in die Ration des Soldaten ist zu befürworten.
3. Die Annahme, dass der systol. Herzton ein Muskelton sei, ist ungenügend.
4. Wenn Erscheinungen der progressiven Paralyse bestehen, so darf die Untersuchung des Augenhintergrundes nicht unterlassen werden.

Der Verfasser, evangelischer Confession, geboren am 26. Juni 1850 zu Münster in Nassau, erhielt seine Gymnasialbildung auf dem Gymnasium zu Weilburg, später dem Realgymnasium zu Wiesbaden, welches er im Herbst 1867 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Ostern 1868 wurde er als Eleve in das Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen, bestand am 5. März 1870 das Tentamen physicum und am 26. November 1872 das rigorosum. Den Feldzug machte er nach vorheriger militairischer Ausbildung als Unterlazarethgehülfe mit. Seit 15. Februar 1872 ist er als Unterarzt in der Charité beschäftigt.

Während seines Studiums besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Lehrer: Bardeleben, Bernhard, du Bois-Reymond, Braun, Cohnstein, Dove, Ebert, Fräntzel, Frerichs, Gurlt, Hartmann, Hirsch, Hofmann, Jüngken, v. Langenbeck, v. Lauer, Lewin, Liman, Löffler, Mitscherlich, Peters, Reichert, Rose, Schultz-Schultzenstein, Schweigger, Skrzeczka, Sonnenschein, Traube, Virchow, Westphal, Werder.

Allen diesen Herren seinen Dank.